

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 575

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Georges EGROT

Né à Dra-El-Mizon (Algérie), le 24 mars 1872

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

EX-INTERNE LAURÉAT DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA (ALGER)

ANCIEN PRÉPARATEUR D'HISTOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

EX-INTERNE DU DOCTEUR PÉAN

DE L'INCISION
SUIVIE DE DRAINAGE
SUBSTITUÉE A LA PONCTION

COMME

TRAITEMENT PALLIATIF DE CERTAINES ASCITES

Président : M. BERGER, professeur

*Juges : MM { DELENS, professeur
 { BOUILLY et POIRIER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

575

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Georges EGROT

Né à Dra-El-Mizan (Algérie), le 24 mars 1872

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

EX-INTERNE LAURÉAT DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA (ALGER)

ANCIEN PRÉPARATEUR D'HISTOLOGIE À L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

EX-INTERNE DU DOCTEUR PÉAN

DE L'INCISION
SUIVIE DE DRAINAGE

SUBSTITUÉE A LA PONCTION

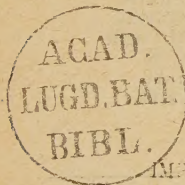
COMME

TRAITEMENT PALLIATIF DE CERTAINES ASCITES

Président : M. BERGER, professeur

*Juges : MM. { DELENS, professeur
 { BOUILLY et POIRIER, agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	DEBOVE.
Histologie.	LANNELONGUE.
Opérations et appareils	CORNIL.
Pharmacologie	MATHIAS DUVAL
Thérapeutique et matière médicale.	TERRIER.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale	LANDOUZY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.	BROUARDEL.
	LABOULEBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILHAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRE	GILLES DE LA	NÉLATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEU	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	LEJARS	ques.	WEISS
CHASSEVAND	LETULLE	RETTÉRE	WIDAL
DELBET	MARFAN	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Chirurgien des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR PÉAN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUCH

Directeur de l'École
de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger
— Professeur de clinique chirurgicale —
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous tenons à exprimer ici, à tous ceux qui furent nos maîtres, la profonde reconnaissance que nous éprouvons pour eux, des années trop courtes hélas, à notre avis, passées à leurs côtés dans les hôpitaux.

A Monsieur le Docteur Bruch, professeur de clinique chirurgicale, dont nous eûmes l'honneur d'être successivement l'externe, puis l'interne.

A Messieurs les docteurs Rey et Vincent dont nous reçûmes l'enseignement et les conseils dans leurs services de chirurgie.

A Messieurs les docteurs Gemy et Saliège que nous eûmes pour chefs dans leurs services de médecine.

A Monsieur le docteur Moreau qui a droit à notre reconnaissance à plus d'un titre.

Nous n'oublierons jamais les années passées au laboratoire d'Histologie et d'Anatomie pathologique auprès de Monsieur le professeur Plan-teau toujours bienveillant pour nous.

Nous garderons un pieux souvenir de notre regretté Maître Monsieur le Docteur Péan, ainsi

que les docteurs Sezary, Caussanel et Ramakers, que nous eûmes la douleur de perdre durant ces dernières années.

Que les docteurs Cazenave et Dartigues reçoivent ici nos remerciements pour les renseignements qu'ils nous ont fournis.

Qu'enfin Monsieur le Professeur Berger nous permette de lui exprimer toute notre reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer en matière, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à Monsieur le Professeur Pozzi qui a eu la bienveillance de nous transmettre ses observations, et de nous prodiguer les conseils nécessaires à nous guider dans notre travail.

Dans un premier chapitre, nous faisons un exposé de l'incision exploratrice en général.

Dans un second, nous nous étendons sur les rapports de certaines affections pelviennes et de l'ascite.

Dans un troisième, nous faisons l'étude du pronostic et du traitement de cette complication.

Un quatrième comprend les observations de malades.

Un cinquième enfin est destiné aux conclusions.

DE L'INCISION EXPLORATRICE EN GÉNÉRAL

Il y a quelque trente ans, quand, avec Péan, Kœberlé, Nélaton, on vit en France les premières ovariectomies, à quelles polémiques, à quelles controverses cette opération naissante ne donna-t-elle pas lieu ?

On traitait de téméraire, à cette époque où l'antisepsie ni ses règles n'existaient encore, le chirurgien assez osé pour porter jusqu'en un péritoine le tranchant de son bistouri.

Quelques succès devenus de jour en jour plus nombreux, les progrès incessants de l'antisepsie, le perfectionnement de l'arsenal chirurgical, ne tardèrent pas cependant à vulgariser cette opération qui semblait devoir longtemps encore rester l'apanage de quelques illustres.

A la première période pleine de restrictions, de réserves, en succède bientôt une autre d'enthousiasme, d'engouement, pourrions-nous presque dire, et la laparotomie devient une

opération courante, pratiquée pour des affections parfois bénignes.

De nos jours, en effet, les précautions minutieuses qui entourent toute intervention sanglante, lui ont enlevé beaucoup de ses dangers primitifs.

En elle-même, l'incision de la paroi, quelque étendue qu'elle soit, ne présente aucune gravité, et journellement, après les extirpations de tumeurs volumineuses, nous assistons à sa cicatrisation complète et rapide.

Dans certaines circonstances, à la suite d'une erreur de diagnostic, ou de difficultés opératoires insurmontables, et reconnues seulement au cours de l'intervention, le chirurgien s'est trouvé désarmé, et s'est vu obligé de refermer l'abdomen, laissant intactes les lésions qu'il voulait atteindre; l'incision exploratrice avait vu le jour: le diagnostic avait pu être rectifié ou complété dans tous ses détails; il devenait aisé, dès lors, d'établir le pronostic, et d'instituer d'une façon raisonnée le traitement palliatif le plus approprié.

De ce que la lésion subsiste, faut-il inférer que l'opération a été dangereuse, sans utilité; et que l'abstention et l'expectation eussent été préférables? Ce serait commettre une erreur funeste.

Dangereuse ? Elle ne l'est pas, puisque tout le travail de réparation va se borner à cicatriser l'incision de la paroi ; elle ne l'est pas encore, puisque, grâce à la plus minutieuse asepsie, le péritoine est resté exempt de souillures.

Inutiles ? n'est-ce point elle qui a éclairé le diagnostic resté dans l'ombre, et dicté au chirurgien la conduite qu'il devait tenir ?

L'abstention, l'expectation obligent le médecin à rester inactif : spectateur impassible des souffrances de sa malade, il enregistre des symptômes plus graves d'instant en instant, et que peut-être une intervention réussirait à enrayer.

L'incision exploratrice est admise par tous les chirurgiens qui lui reconnaissent certains avantages, mais tous, cependant, n'en sont pas partisans au même degré.

Dans son *Traité de gynécologie*, Auvard s'exprime de la façon suivante :

« Enfin l'incision exploratrice, de même que
« la simple ponction dans d'autres cas, est par-
« fois indispensable pour éclairer un diagnos-
« tic hésitant. Mais ainsi que je l'indique au
« début, ces moyens d'exploration ne font pas
« partie de ceux qu'emploie journellement le
« gynécologue qui doit se montrer aussi so-

« bre que possible de l'anesthésie et surtout de
« la laparotomie à cause des dangers auxquels
« elle expose la femme ».

Tout au contraire, nous lisons dans un article intitulé « Laparotomie comme un moyen de diagnostic » et signé *Gaillard Thomas* : « Quand
« il existe un doute sur le diagnostic d'un néo-
« plasse abdominal donnant lieu à des troubles
« sérieux, ou sur un état morbide indéterminé
« de la cavité abdominale menaçant l'existence,
« donnez au malade la chance d'une incision
« exploratrice ».

En 1884 *Lawson Tait* disait dans une conférence : « L'expérience m'a enseigné que c'était
« un crime chirurgical de laisser une malade
« descendre dans la tombe sans opération,
« quand celle-ci présente une chance de soulage-
« ment ».

Lawson Tait a du reste mis en pratique ce qu'il avançait : sur 96 incisions exploratrices pratiquées par lui, deux seulement eurent une issue fatale à brève échéance, toutes les autres ayant procuré un bénéfice plus ou moins considérable à l'opérée.

L'inocuité de l'incision exploratrice est donc bien établie par ce qui précède.

Dans tous les diagnostics obscurs, le chirurgien pourra donc en faire largement usage,

mais en se conformant toutefois aux principes établis par *Lawson Tait* ; c'est-à-dire en faisant une incision aussi peu étendue que possible, en ne pratiquant l'exploration que par le toucher, et le plus modérément qu'il pourra.

II

ÉTUDE DE CERTAINES ASCITES SYMPTOMATIQUES

Parmi les complications qui rendent douteux le diagnostic des affections abdominales, il en est une dont le rôle est considérable, nous voulons parler de l'ascite.

L'épanchement peut se présenter dans deux conditions différentes : tantôt il ne constitue qu'une couche mince qui ne met pas obstacle à l'examen des lésions, d'autres fois la quantité de liquide est telle que l'abdomen distendu refuse tout renseignement à la palpation.

La présence de cet épanchement est chose facile à reconnaître : la matité se déplaçant suivant les attitudes du malade, l'étalement de l'abdomen, la sensation de flot, sont autant de signes qui ne laissent aucun doute dans l'esprit du chirurgien. Par contre l'étude de son étiologie ne présente pas la même simplicité : elle peut être sous la dépendance de lésions du foie,

du rein, ou de l'appareil circulatoire ; c'est alors par l'examen de ces organes, par les antécédents morbides qu'on en retrouvera l'origine.

Mais ici ce n'est point cette variété d'ascite banale que nous avons en vue.

Une malade nous arrive ; depuis quelques mois déjà, elle a des douleurs abdominales ; son ventre dont le volume s'est accru d'abord avec lenteur a pris en quelques jours un développement assez considérable pour rendre la marche et la digestion pénibles, et pour troubler la respiration et l'hématose : ces symptômes sont dûs à un vaste épanchement péritonéal dont nous ne trouvons la cause, ni du côté du foie, ni du côté des reins, pas plus que du côté du cœur.

L'interrogatoire de la malade nous renseigne sur son passé génital ; elle a souffert du bas ventre, elle a eu des troubles menstruels, des métrorrhagies. Le toucher sans nous fournir d'indications bien précises nous fait percevoir un certain empâtement du côté des annexes en même temps qu'un certain degré de fixation de l'utérus. Dès lors, nul doute que l'épanchement ne reconnaisse pour cause une lésion pelvienne des organes génitaux.

Au point de vue de l'étiologie, quelles sont les affections de ce genre pouvant donner lieu

à la production de l'ascite : nous trouvons le fibrome, les kystes, la salpingo-ovarite, les kystes papillaires, les cancers secondaires du péritoine et les tumeurs malignes par métastase.

« Si le fibrome est devenu volumineux sans
« se fixer, il ballote dans la cavité abdominale,
« irritant le péritoine jusqu'à ce qu'il ait pro-
« voqué un exsudat soit liquide amenant une
« ascite, soit plastique donnant lieu à des adhé-
« rences. » *Pozzi*.

« Il faut savoir également que l'ascite n'ex-
« clut pas la possibilité d'un kyste de l'ovaire,
« le liquide péritonéal pouvant être sous la dé-
« pendance de la lésion ovarienne » *Dupleix*.

La salpingo-ovarite peut aussi se masquer derrière une ascite de même que la tuberculose du péritoine.

Mais c'est sans contredit dans les kystes papillaires de l'ovaire, accompagnés de prolongements à l'extérieur du kyste, ou de métastase péritonéale que l'épanchement est la règle.

Souvent au cours d'affections malignes des viscères abdominaux, le péritoine est envahi par propagation ; cette métastase s'observe dans les cancers du foie, du rein, de la rate, de l'estomac, du pancréas.

Elle est fréquente dans les tumeurs pa-

pillaires de l'ovaire, et affecte alors la forme de champignons ou de petits choux-fleurs variant du volume d'un pois à celui d'un œuf.

D'autres fois, la métastase se manifeste par de petites taches blanchâtres plus ou moins saillantes à la surface du péritoine, ou par un semis de granulations de la grosseur d'un grain de semoule.

Ce processus est toujours accompagné d'une ascite abondante, et si l'épanchement est déjà assez ancien, un riche réseau veineux de circulation compensatrice se sera développé sur la paroi abdominale.

Toutefois, il faut se rappeler que l'infection du péritoine n'est pas la condition *sine qua non* de l'apparition d'une ascite. En elle-même, l'ascite est une complication beaucoup plus communément observée que la généralisation :

« L'ascite, que le liquide soit citrin ou hé-
« morragique, est une complication beaucoup
« plus fréquente des néoplasmes abdominaux,
« que l'envahissement du péritoine par le
« cancer. — Pour les Kystes ovariens, Ter-
« rier a constaté vingt-neuf cas d'épanche-
« ment ascitique quand il n'a rencontré que
« neuf cas de métastase sur cent soixante
« quinze ovariectomies. » *Dieulafoy*.

Dans sa thèse inaugurale, *Aslanian* exprime la même opinion :

« Quel que soit l'organe envahi, nous avons toujours trouvé la prédominance de l'ascite sur la métastase péritonéale. »

Nous avons vu que rien dans l'examen physique du ventre ne permet d'assigner une cause à la production de l'ascite, alors surtout que par une durée déjà longue, elle a amené dans la paroi de l'abdomen le développement d'une circulation collatérale semblable à celle de la cirrhose.

L'examen minutieusement pratiqué du cœur, du foie, de la région renale, l'analyse des urines faite à plusieurs reprises, peuvent seuls éliminer les lésions cardiaques, la cirrhose, les néphrites comme causes de l'épanchement.

La chimie pourra intervenir ici et par son concours jeter, peut-être, un peu de lumière sur le diagnostic. L'expérience a montré que dans l'ascite symptomatique d'affections pelviennes malignes, il y a augmentation notable des matériaux fixes qui peuvent atteindre 65, 75 et même jusqu'à 105 gr. pour mille ; alors que l'ascite banale fournit à peine à l'analyse un résidu variant de 5 à 55, mais toujours et dans tous les cas inférieur à 60 grammes.

Nous rappellerons aussi que l'examen histolo-

gique y démontre la présence de cellules cylindriques glabres, de cellules cylindriques à cils vibratils plus rares que les premières, des cellules caliciformes et enfin de corpuscules graisseux encapsulés reconnaissables par l'action de l'acide onnique, (coloration noire). Ces divers éléments ne se retrouvent en aucun cas dans l'ascite banale.

Fréquemment la lésion pelvienne évolue sournoisement, en sorte que la malade ne vient consulter qu'après l'apparition de l'épanchement, effrayée qu'elle est par le volume de son ventre. Cette marche insidieuse, la rapide production de l'ascite, sont autant d'indices précieux mais tout en faveur de la malignité ; ajoutons que l'anasarque est un syndrome de même ordre.

Nous trouvons dans le *Traité de gynécologie* de *Pozzi* les lignes suivantes que nous ne pouvons mieux faire que de citer *in extenso*.

« Les symptômes n'ont rien de caractéristique au début, mais bientôt, le développement de l'ascite dont le liquide est souvent sanguinolent, et le dépérissement général, ainsi que la marche extraordinairement rapide des lésions, viennent confirmer son caractère malin. On peut observer l'œdème des membres inférieurs, la thrombose, enfin appa-

« raît une généralisation métastatique ». (*Pozzi*).

Etudions maintenant quel est au point de vue de son origine, le mécanisme intime de la production de l'ascite.

Signalons d'abord la compression des gros troncs veineux par les tumeurs pelviennes ; l'augmentation de pression qui en résulte dans la circulation en retour produit un suintement séreux du péritoine.

Un fibrome pédiculé, mobile dans la cavité abdominale, traumatise la séreuse, la congestionne, la dépouille par place de son épithélium de revêtement et amène le même résultat.

Dans les tumeurs papillaires de l'ovaire, le néoplasme sécrète dans la cavité péritonéale une substance colloïde, qui, par osmose, produit un épanchement séreux abondant. Cette opinion, formulée par M. Quénu, est du reste partagée aujourd'hui par de nombreux gynécologues ; d'autres cependant veulent voir dans l'ascite l'exsudat même des végétations papillaires.

« Dans une dernière phase de leur évolution
« les kystes papillaires, réduits à leur partie so-
« lide, entourés d'ascite provoquée par l'irrita-
« tion du péritoine où ils déversent leur épithé-
« lium caduc, semant autour d'eux des débris
« qui, se greffent au hasard sur la séreuse, ont
« véritablement accaparé le péritoine pour

« en faire une cavité kystique. » (*Pozzi*).

Rappelons en passant qu'on a voulu attribuer à l'intestin un rôle prépondérant dans la greffe cancéreuse, les mouvements péristaltiques de ce viscère transportant les débris du néoplasme et les disséminant à la surface du péritoine.

III

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT DES ASCITES SYMPTOMATIQUES

Maintenant que nous avons étudié le diagnostic et l'étiologie de ces variétés d'ascite, occupons-nous du pronostic qu'elles comportent, et du rôle que le chirurgien peut être appelé à jouer vis-à-vis d'elles.

Le pronostic est bien entendu subordonné à la phase d'évolution et à la nature de l'affection abdominale, ainsi qu'au temps plus ou moins long écoulé depuis le début de l'épanchement.

Ainsi dans un kyste papillaire le pronostic est moins grave que dans une métastase péritonéale ; de même dans un fibrôme simple il est plus favorable que dans la transformation sarcomateuse de la même tumeur.

« Quelle est la valeur de l'ascite au point de
« vue du pronostic ; assurément c'est une cir-
« constance fâcheuse car elle se rencontre sur-
« tout, soit dans les kystes papillaires où les vé-

« gétations ont dépassé les limites de la poche, « soit dans les kystes glandulaires dans les cas « de rupture, ou de torsion du pédicule.

« Cependant des observations très nombreuses « prouvent que cette complication n'est pas « absolument grave. » (*Pozzi*).

Nous verrons, en effet, que s'il faut renoncer à la guérison complète, puisque les lésions sont inopérables, on peut du moins assez fréquemment obtenir de bons résultats d'un traitement palliatif. — Au lieu de succomber dans un bref délai à la cachexie, les opérées bénéficient d'une survie considérable, durant laquelle l'ascite ne reparait plus.

Dans la majorité des cas, nous l'avons vu, les lésions masquées par l'épanchement sont d'une telle gravité qu'elles engagent, trop souvent hélas, dans la crainte d'un échec opératoire, à laisser la maladie suivre son évolution naturelle : la cachexie et la mort.

Cette conduite est du reste impardonnable.

Les symptômes d'asphyxie et d'anorexie, l'intensité des troubles circulatoires, donnant à redouter une mort presque subite, réclament impérieusement une intervention palliative immédiate : c'est l'évacuation de l'épanchement péritonéal qui s'impose.

Deux méthodes opératoires s'offrent à nous

pour l'obtenir. 1° La ponction. 2° L'incision suivie de drainage.

Faisons l'étude de l'une et de l'autre, ainsi que leur parallèle, de façon à juger celle des deux qui remplit le mieux les indications du traitement.

Ponction. — Après avoir limité par la percussion l'étendue de l'épanchement et pratiqué l'antiseptie des téguments, des mains et des instruments, la ponction est effectuée comme dans l'ascite banale. On emploiera un trocart de moyenne grosseur, et on surveillera attentivement l'écoulement du liquide, de façon à éviter la syncope qui peut résulter de la décompression des viscères abdominaux, l'afflux du sang vers ces organes agissant comme une saignée brusque. L'opération est bénigne d'ordinaire, mais peut s'accompagner parfois de complications redoutables : la péritonite d'origine stercorale, et l'hémorrhagie interne ; étudions le mécanisme de leur production.

Les affections pelviennes peuvent, au cours de leur évolution, donner lieu à des inflammations localisées, à des exsudats plastiques qui se traduisent *in situ* par des adhérences tardives : elles sont intestinales ou épiploïques.

1° Supposons une ansé intestinale adhérente au mésentère ou à la paroi même ; au lieu de

surnager et de gagner la partie supérieure de l'abdomen, elle restera baignée au sein même de l'épanchement, sans qu'aucun symptôme, sans qu'aucun moyen d'investigation puisse permettre de le supposer. Le trocart pourra donc, au moment de sa pénétration, produire une perforation de l'intestin par laquelle des matières fécales se répandront dans l'abdomen. Une péritonite septique en sera la conséquence sans doute mortelle à brève échéance.

2° Une bride épiploïque, devenue adhérente comme précédemment l'intestin, peut se trouver sur le trajet du trocart et être blessée pendant la ponction. Or, nous savons que si une portion d'épiploon contracte des adhérences avec les viscères voisins, elle se vascularise, et présente le plus souvent un gros vaisseau à sa portion centrale. La déchirure de ce vaisseau par la pointe du trocart donnera lieu à une hémorrhagie; celle-ci pourra être méconnue, la teinte sanglante de l'ascite évacuée pouvant être attribuée à la nature même du liquide; ce n'est que plus tard, si l'écoulement sanguin continue, qu'on sera mis en éveil par la pâleur de la malade, la fréquence du pouls, le sentiment de faiblesse générale, enfin par la présence de sang dans l'abdomen, simulant une reproduction partielle du liquide évacué.

Dans la perforation intestinale, comme dans la lésion du vaisseau épiploïque, la mort pourra survenir si l'accident reste méconnu. Dans le cas contraire il ne restera qu'une chance de salut : ouvrir le ventre pour rechercher la perforation et la suturer, ou le vaisseau blessé pour le lier. Encore l'intervention sera-t-elle grave puisqu'il faudra procéder à une toilette minutieuse du péritoine afin de le débarrasser des caillots sanguins, ou des matières septiques issues de l'intestin. Ainsi pour avoir au début reculé devant une laparotomie à pronostic favorable, on aura été contraint à en pratiquer une dans de déplorables conditions de réussite.

Voici pour les complications de la ponction ; voyons maintenant comment elle satisfait aux indications thérapeutiques.

Si nous nous reportons à nos observations, nous retrouverons dans presque chacune une ponction évacuant l'ascite, mais bientôt suivie d'une récurrence, le liquide s'étant reproduit rapidement et en totalité. L'amélioration avait donc été bien éphémère. Les observations de certains auteurs relatent ainsi jusqu'à vingt ponctions successivement pratiquées toujours avec le même insuccès ; c'est dire le peu de crédit qu'il faut accorder à cette pratique.

Quel supplice devient alors l'existence de la

malade qui ne peut espérer de soulagement et de repos qu'en recourant à des ponctions répétées : à peine la cavité péritonéale est-elle vidée, que déjà le liquide se reforme : le flot de l'ascite monte avec lenteur, mais sans arrêts, recommençant à baigner les intestins et les viscères abdominaux, et à ramener les symptômes douloureux qui feront à grand cris réclamer une nouvelle intervention. Ajoutons encore à ses méfaits les complications possibles de la plaie laissée par le trocart. En raison même de son peu d'importance, et de sa faible étendue, on se contente le plus souvent d'étendre à sa surface une couche de collodion antiseptique. Qu'après quelques heures, et le cas est fréquent, le liquide se reproduise dans l'abdomen, il se fera un léger suintement séreux décollant la couche protectrice de collodion et laissant la plaie de la paroi exposée aux infections banales ; l'érysipèle, le phlegmon, un œdème septique ou une éruption phlycténulaire pourront en résulter.

Nous le voyons, tout nous engage à ne jamais pratiquer la ponction, comme intervention réglée ; nous n'aurons plus recours à elle que par exception, alors que de redoutables accidents asphyxiques deviennent un danger immédiat et réclament d'urgence l'évacuation de

l'ascite, le temps pouvant alors faire défaut pour pratiquer l'incision.

Etudions maintenant cette seconde méthode d'intervention ; c'est elle que préconise M. le professeur *Pozzi*, elle dont il fait usage dans son service chaque fois que l'occasion s'en présente ; il a été assez bon pour nous en transmettre quelques observations et nous tenons à lui en témoigner notre reconnaissance.

Les défenseurs de la ponction se croient en possession d'arguments de haute valeur, quand ils insistent sur la simplicité, la bénignité de cette opération, qui ne réclame, autre avantage, disent-ils, qu'un seul instrument. Ils opposent la complication, la technique spéciale, les dangers, enfin le nombre d'instruments nécessaires, à ce qu'ils dénomment ponpeusement laparotomie exploratrice, la conservation du vocable « laparotomie » éveillant vaguement dans l'esprit l'image mal définie d'une intervention sanglante et difficile.

Voyons ce que la discussion laisse subsister de ces imputations, et en faveur de qui se prononcera un parallèle établi entre les deux méthodes.

1^{er} Temps. — Au premier temps, l'incision de la paroi abdominale, se fait au niveau de la ligne blanche, en pénétrant couche par couche,

le bistouri en main jusqu'au péritoine pariétal. — La difficulté n'est jusqu'ici pas plus grande que dans l'ouverture d'un abcès, et en tout fort comparable à celle de la ponction — l'emploi de pincés à forcipressure permettra l'hémostase aussitôt après la section des vaisseaux, tandis que l'aveugle trocart aura pu perforer déjà un tronc vasculaire dont l'hémorrhagie sera difficile à arrêter.

2^e Temps. — Le chirurgien pratiquera alors dans le péritoine pariétal une boutonnière aussi étroite qu'il l'aura jugé nécessaire ; le liquide ascitique s'écoulera avec lenteur, les risques de syncope étant évités aussi bien que par l'emploi du trocart.

Quand l'évacuation complète aura eu lieu, le péritoine sera largement débridé ; une sonde cannelée, introduite par la boutonnière du début, conduira le tranchant du bistouri, et sera une garantie contre la piqure de l'intestin ou de l'épiploon que nous savons possible dans la ponction. — On débarrassera la cavité abdominale des quelques gouttes d'épanchement qui peuvent rester encore et on pratiquera l'exploration des lésions que nous supposons inopérables.

3^e Temps. — Le troisième temps comprendra la suture au catgut, en trois plans séparés, du

péritoine, des muscles et aponévroses, et enfin de la peau.

Les instruments utilisés au cours de l'opération sont les suivants :

Deux pinces hémostatiques, une sonde cannelée, un bistouri, une aiguille ; il est donc toujours aisé de les avoir à sa disposition.

La conclusion de ce qui précède est donc en faveur de la simplicité de l'incision évacuatrice.

Drainage. — Mais, nous fera-t-on observer, votre abdomen est refermé, votre suture est faite, comment va s'opérer la cicatrisation ? Si l'épanchement reparaît avec une certaine abondance, le liquide va filtrer entre les lèvres de la plaie, les disjoindre, empêcher leur bourgeonnement et leur réunion : objection juste et de grande valeur.

Un seul moyen nous permettra d'y remédier : puisque nous sommes impuissants contre la reproduction de l'ascite, opposons-nous, du moins, à son accumulation : le drainage remplit cette indication.

Nous pouvons l'établir de deux manières : soit par le cul-de-sac de Douglas, soit par la plaie de la ligne blanche. Si le premier procédé a sur le deuxième, l'avantage d'assurer l'écoulement des liquides pathologiques d'une façon

plus parfaite et plus continue, du moins a-t-il le grave tort de ne donner, par suite de la proximité du vagin, qu'une sécurité moins grande contre l'infection secondaire du péritoine.

C'est donc en général le drainage par l'incision de la ligne blanche qui sera utilisé.

On procédera de la façon qui suit :

A l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, un gros tube de caoutchouc, accosté de mèches de gaze iodoformée sera fixé par un crin de florence indépendant de la suture. Ce gros drain, de 9 ou 10 millimètres de diamètre intérieur, aura 9 centimètres de longueur environ, de façon à plonger dans le petit bassin, point déclive d'accumulation de l'épanchement. Les mèches de gaze assureront par capillarité la sortie du liquide; le tube le fera s'écouler au dehors par suite de l'élévation de son niveau, ou par le décubitus latéral du malade. Au besoin l'aspiration sera pratiquée à l'aide d'une seringue à hydrocèle et d'une sonde molle aseptique glissée dans la lumière du drain. Par l'ensemble de ces procédés on pourra assécher le péritoine : nous verrons tout à l'heure quelle en est l'action thérapeutique.

A première vue il paraîtra dangereux de laisser la cavité abdominale en communication avec l'extérieur, surtout par un orifice

aussi large; mais en étudiant les conditions d'antisepsie qui sont réalisées on se rend compte que toute infection est impossible à moins d'accident :

Avant l'opération, les téguments ont été soigneusement brossés et lavés dans une grande étendue; la suture a été saupoudrée d'iodoforme et garnie de compresses de gaze iodoformée surtout nombreuses autour du drain, de larges compresses aseptiques, une épaisse couche de coton hydrophile stérilisé, un bandage de corps complètent le pansement et achèvent de séparer le péritoine du milieu ambiant.

Quand l'écoulement de l'ascite a imbibé ce volumineux pansement, un autre en tout point semblable lui est substitué. Durant les deux ou trois jours qui suivent l'opération trois ou quatre pansements quotidiens peuvent être nécessaires, suivant l'abondance du liquide sécrété.

Le drainage ainsi établi ne sera laissé que 24 heures, dans la grande majorité des cas; ce laps de temps écoulé on se contente d'introduire dans l'orifice qui subsiste à la paroi, une courte mèche iodoformée destinée à en empêcher l'oblitération et à assurer l'évacuation du liquide qui se reproduit en quantités de jour en jour moins considérables. Du 10^e au 15^e jour en

moyenné cette mèche est supprimée et la paroi ne tarde pas à se cicatriser.

Nous le voyons aisément, la supériorité sur la ponction, de l'incision suivie de drainage, n'est discutable à aucun point de vue.

Ayant entre les mains un tel moyen d'action, on comprend que M. le Dr *Pozzi* conseille l'intervention, même dans le cas fort grave où la rupture d'une tumeur papillaire, la généralisation de la métastase ont transformé l'abdomen en une sorte de cavité kystique :

« Même à cette période la laparotomie peut
« amener une guérison durable de ces tumeurs
« que les ovariologistes considéraient naguère
« encore comme des *noli me tangere*. On pour-
« rait établir un rapprochement entre ces effets
« inespérés, et ceux qu'a donnés la laparotomie
« pour certaines péritonites tuberculeuses. »
(*Pozzi*).

Depuis longtemps déjà on a observé à la suite de la seule incision de la paroi abdominale, une regression du processus morbide, un amendement des symptômes, et une amélioration de l'état général. C'est ce qu'exprime *Dolérís*.

« Il est des circonstances où la simple incision du péritoine sur la ligne médiane de l'abdomen est utile au malade » (*Dolérís*).

Le même auteur spécifie a propos de la tuberculose péritonéale :

« La simple incision du péritoine, suivie de
« l'évacuation du liquide qui est contenu dans
« la cavité péritonéale, a donné des résultats
« inespérés » (*Dolérès*).

Est-ce à dire, que dans l'incision suivie de drainage, c'est, comme dans ces derniers cas, l'incision seule qui exerce son action thérapeutique, le drainage n'étant qu'un point accessoire du traitement ? Nous ne le croyons pas.

Nous voulons bien accorder à l'incision elle-même une action curatrice, d'ailleurs réelle, et peut-être explicable par l'évacuation plus complète de l'ascite, mais nous en sommes convaincus, c'est au drainage que reste dévolu le rôle principal.

Etudions, pour nous en rendre compte, l'état du péritoine au moment de l'évacuation de l'épanchement, et l'action même du drainage.

La séreuse péritonéale, quelle que soit d'ailleurs l'affection concomitante, dès l'instant qu'elle est le siège de la production d'ascite, est épaissie, congestionnée ; mais la lésion principale consiste en de larges surfaces dépouillées de leur épithélium pavimenteux de revêtement : c'est à leur niveau que s'effectue l'épanchement de sérosité.

Que l'épithélium normal se reproduise, et nous assisterons à la disparition de l'ascite.

Malheureusement, nous sommes dans un cercle vicieux et la présence même de sérosité dans l'abdomen s'oppose mécaniquement au bourgeonnement, à la prolifération d'îlots de cellules de revêtement, processus indispensable à la cicatrisation péritonéale.

C'est précisément le drainage qui, en asséchant la cavité abdominale, permet à cette évolution de se produire ; la réfection de l'épithélium de revêtement s'effectue du reste avec rapidité, ce qui explique que le drainage appliqué pendant 24 heures puisse avoir un effet curatif.

Bien qu'au cours de cette opération aucune action n'ait porté d'une façon directe sur la lésion viscérale pelvienne, la qualification de « Exploratrice » ne saurait lui être attribuée que par abus de langage.

Il s'agit d'une intervention réglée, pratiquée en toute connaissance de cause, et la dénomination de « Evacuatrice suivie de drainage » est celle qui lui convient le mieux comme rappelant ses phases opératoires.

OBSERVATION I

Service du Docteur Pozzi. — Marthe B... âgée de 40 ans. Entrée le 3 mai. « Tumeur maligne des ovaires généralisée au péritoine avec ascite » (*Inédite.*)

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents collatéraux. — Nuls également.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans le jeune âge. A 28 ans variole de moyenne intensité. A trente ans, affection stomacale diagnostiquée, dyspepsie et dilatation pour laquelle elle suit un régime approprié.

Réglée à 14 ans régulièrement ; la durée de la période menstruelle est en moyenne de six jours.

Mariée vers l'âge de 22 ans, elle accouche neuf mois après d'une fille bien portante, âgée aujourd'hui de 17 ans. Suites de couches normales. Jamais de fausses couches ni de pertes blanches.

Début de la maladie. Le 6 février 1898, les règles sont en avance de dix jours. C'est la première fois que semblable irrégularité se produit. Plus longue que de coutume, et donnant lieu à un écoulement de sang

plus abondant, cette période menstruelle se continue par des métrorrhagies qui se reproduisent fréquemment depuis ce jour. La malade ressent dans les régions ovariennes, droite et gauche, une douleur assez vive, mais sans irradiation.

A cette époque, les douleurs stomacales augmentent d'insensibilité : les digestions d'abord difficiles finissent par devenir impossibles, l'appétit a disparu, et un amaigrissement considérable devient la conséquence de cet état.

Le repos absolu, des douches vaginales chaudes, sont alors instituées comme traitement, mais sont impuissantes à enrayer le mal : les douleurs ont encore augmenté, et les pertes toujours abondantes deviennent fétides. La constipation est marquée, la miction s'effectue normalement ; rien dans les urines.

Au commencement d'avril, l'abdomen augmente de volume, assez rapidement pour qu'en quinze jours ses proportions rendent pénibles et la respiration et l'ingestion d'aliments.

Pas de température. Faiblesse toujours croissante. Le 3 mai, la malade est amenée dans le service de Monsieur le professeur Pozzi.

L'examen met en présence d'un ventre volumineux sans circulation veineuse collatérale la peau est lisse, et la cicatrice ombilicale ne fait aucune saillie. La percussion et le palper indiquent une ascite non enkystée volumineuse. Utérus gros et adhérent.

OPÉRATION. — *Laparatomie exploratrice et évacuatrice avec drainage.* — Le toucher rendu obscur par la présence de l'épanchement, permet, pratiqué avant l'opération, de sentir une tumeur étendue aux annexes, surtout à gauche.

Incision de la paroi. Il s'écoule environ quinze litres d'un liquide citrin. — L'exploration du petit bassin le montre rempli par une masse dure adhérente de toutes parts et paraissant dépendre surtout de l'ovaire gauche.

Elle constitue une masse allongée qui dépasse de quatre travers de doigts la symphise pubienne.

Le péritoine pariétal est parsemé de granulations dures. L'épiploon présente une bride adhérente tendue vers la partie moyenne du flanc droit, et parcourue dans toute sa longueur par un gros tronc veineux.

Il est manifestement impossible d'enlever cette tumeur sans grands délabrements. L'état du péritoine rendrait d'ailleurs toute intervention inutile et dangereuse.

La plaie abdominale est suturée en trois plans : à l'extrémité pubienne de l'incision est appliqué un drainage mixte, constitué par un gros tube de caoutchouc accosté d'une mèche de gaze iodoformée.

Le drainage est retiré au bout de 24 heures ; une mèche de gaze iodoformée est alors placée de façon à maintenir un trajet intra-pariétal. Grâce à ce drainage, du liquide ascitique s'est écoulé abondamment pendant

une dizaine de jours, au fur et à mesure de sa reproduction. La cicatrisation de la plaie s'effectuait dans des conditions normales.

La mèche de gaze est supprimée vers le 15^e jour.

La malade sort guérie, en bon état et sans ascite le 23^e jour.

Cette observation est très remarquable sous tous les rapports ; elle présente un grand nombre de faits du plus haut intérêt, que nous tenons à signaler.

D'abord l'évolution insidieuse de l'affection pelvienne qui a pu amener des modifications étendues des annexes, de l'utérus, de l'épiploon, provoquer des adhérences, sans se traduire au dehors par d'autres symptômes qu'une gastralgie sans doute réflexe et sous la dépendance du grand sympathique.

Puis, l'apparition brusque de symptômes bruyants, ménorrhagie, métrorrhagie, ascite développée en si peu de temps que les parois abdominales restent intactes comme aspect, et exacerbation des douleurs gastriques correspondant à la crise génitale.

Il est ensuite curieux d'observer la prédominance des lésions sur les annexes gauches. Tillaux signale le fait comme habituel, mais sans l'expliquer :

« Les diverses opérations pratiquées dans
« ces dernières années ont démontré que les
« maladies des annexes, sont souvent bilaté-
« rales, mais il y a toujours un côté beaucoup
« plus affecté que l'autre, et c'est de celui-là
« que se plaignent les malades. Or, ce côté est
« dans une très grande proportion, le côté
« gauche sans qu'on ait pu jusqu'à présent en
« fournir une explication satisfaisante ».

Nous relevons encore un fait sans consé-
quences fâcheuses, à cause de la méthode opé-
ratoire employée ici, mais qui eut pu devenir
funeste en cas de ponction : nous voulons parler
de la bride épiploïque vasculaire tendue au
niveau du flanc droit.

Nous insisterons enfin sur l'excellence du ré-
sultat obtenu par l'incision et le drainage, dans
ce cas, que la gravité des symptômes, l'étendue
et la nature des lésions pelviennes, la présence
de métastase péritonéale devaient plutôt faire
considérer comme désespéré.

OBSERVATION II

Service du Dr Pozzi. — Det... Marie, 32 ans, journalière. — Kyste colloïde et papillaire de l'ovaire.
— 2^e Laparatomie pour récurrence. (*Inédite*).

Rien à relever dans les antécédents héréditaires, ni collatéraux.

Pas de maladies antérieures.

Règles à 11 ans ; les règles sont abondantes, et durent deux jours ; elles s'accompagnent de légères coliques et de migraine. Elles n'apparaissent pas à des intervalles réguliers et surviennent toutes les cinq ou six semaines.

Mariée à 20 ans, pas d'enfants. A 21 ans une fausse couche de trois mois, sans suites fâcheuses.

Au commencement de 1894, la malade a commencé à souffrir légèrement dans le bas-ventre, à la suite d'un traumatisme de l'abdomen ; les douleurs très peu violentes n'empêchent pas le travail et sont marquées surtout à gauche. Pas de métrorrhagies, un peu de leucorrhée.

Au mois de juillet, le volume du ventre commence à augmenter ; la malade sentait à cette époque une masse dure assez volumineuse siégeant dans le côté gauche de l'abdomen. Les règles deviennent alors plus régulières qu'auparavant. Elles ont apparu pour

la dernière fois le 23 octobre. Puis le ventre prend de plus en plus de volume ; les troubles circulatoires et respiratoires obligent le médecin à pratiquer une ponction le 28 décembre.

Mais le liquide se reforme rapidement, et lorsque le 7 janvier la malade entre à l'hôpital, le volume du ventre est considérable ; la peau de l'abdomen est tendue, luisante. La circulation collatérale est très peu développée. Par le palper on a une sensation de flot très nette.

La percussion donne une zone de matité dans toute la région médiane de l'abdomen, remontant en haut jusqu'au niveau des fausses côtes où elle se confond avec la zone de matité hépatique.

Sur les côtés, il existe de la matité dans les flancs.

Au toucher vaginal on sent les culs-de-sacs déplissés et distendus par le liquide.

Léger œdème des jambes.

Les troubles digestifs sont peu marqués et consistent en diminution de l'appétit et difficulté de la digestion ; ni constipation ni diarrhée.

Troubles respiratoires assez accusés et qui augmentent en même temps que le liquide abdominal. L'auscultation révèle quelques bruits de frottement au poumon droit.

La malade a remarqué, surtout dans ces derniers temps, une diminution des urines qui ne sont pas albumineuses.

La malade avait été opérée quelques mois auparavant. On avait procédé à l'excision de son kyste.

La seconde laparatomie est pratiquée :

Incision de 9 centimètres, à un millimètre à gauche de la précédente cicatrice. On pénètre dans le péritoine par un petit orifice qui permet l'écoulement du liquide ascitique. Environ 5 litres de liquide verdâtre. On agrandit ensuite l'incision. La main montre qu'il s'agit d'un nouveau kyste de la région ovarienne droite avec un pédicule lamellaire occupant toute la partie supérieure du ligament large.

Ponction de la poche ; le liquide évacué est vert, porracé, épais. On ponctionne une seconde poche, à contenu puriforme.

La masse alors suffisamment diminuée est attirée hors du ventre. Deux longues pinces affrontées compriment le pédicule. La partie est excisée. Ligature en chaîne du pédicule.

On fait un lavage du péritoine pour provoquer l'issue du liquide gélatineux.

L'exploration de la cavité péritonéale, faite avec la main portée jusqu'à la région épigastrique, ne fait constater aucune production métastatique.

Le péritoine qui tapisse les anses intestinales est lie de vin. On referme le ventre.

Suture au catgut, en trois plans. Pas de fils de soutien. Drainage mixte, tube et gaze.

Le drainage est enlevé le deuxième jour et rem-

placé par une mèche iodoformée qui est changée pendant cinq ou six jours, et enfin supprimée.

La malade va aussi bien que possible, commence à se lever dix-huit jours après l'opération, et sort un mois après l'intervention, sans trace d'ascite.

OBSERVATION III

Service de M. le Dr Pozzi. Des. Eugénie 27 ans, mécanicienne. Lap. exp. Péritonite tuberculeuse (*Inédite*).

Antécédents héréditaires : deux sœurs mortes de méningite.

Antécédents personnels. — Habituellement bonne santé.

Réglée à 11 ans, régulièrement avec petites douleurs.

Règles peu abondantes, pertes blanches dans l'intervalle des périodes menstruelles.

Mariée à 17 ans, cinq grossesses, accouchements un peu pénibles, mais normaux. Au dernier accouchement, peut-être légère rétroversion.

Trois enfants vivants, deux morts, l'un de convulsions l'autre de méningite.

A la suite des dernières couches, le ventre est resté gros. Règles reparaissent 6 semaines après l'accou-

chement. Depuis, le ventre a continué à grossir légèrement. Elle n'a jamais souffert. Parfois seulement douleur lancinante dans le flanc prolongée vers l'aîne.

Quand elle avait été grosse de 5 mois, elle avait commencé à maigrir. Cet amaigrissement a continué à s'accroître depuis. Elle urine fréquemment, la constipation est accentuée, matité remontant jusqu'aux fausses côtes.

Opération. — Incision de 12 centimètres, paroi très vasculaire. Le péritoine est épaissi et sa tranche ressemble à du carton. Evacuation d'environ deux litres de liquide séreux de couleur citrine.

On tombe dans une loge péritonéale tapissée d'adhérences et pour ainsi dire vernissée. En haut, le colon et l'estomac sont agglutinés. Sur les côtés, les anses intestinales sont agglomérées. En bas, le cul-de-sac de Douglas est oblitéré et la main passe directement du fond de l'utérus sur le rectum sans rencontrer de saillie.

Quelques fausses membranes fibrineuses, à moitié libres sont enlevées. On entreprend aucune intervention qui serait inutile, le ventre est refermé par une suture à 3 plans, drainage mixte.

Le drainage est enlevé le deuxième jour et remplacé par une mèche continuée pendant près d'une semaine.

L'état général s'améliore un peu, la malade commence à se lever au bout du 20^e jour et sort le 5 juin sans reproduction d'ascite.

Bien que cette observation se rapporte à une péritonite tuberculeuse, nous avons tenu à la rapporter ici pour faire ressortir que même dans les cas graves de cette affection, l'incision suivie de drainage donne des résultats excellents et comparables à ceux obtenus dans le traitement des tumeurs ovariennes malignes.

OBSERVATION IV

Service de M. Pozzi. Veil... Babette. Deuxième laparotomie. Récidive péritonéale après laparotomie pour tumeur maligne de l'ovaire. — (*Inédite*).

OPÉRATION. — Incision permettant l'écoulement d'environ cinq ou six litres de liquide ascitique citrin.

On prolonge l'incision jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic pour avoir du jour.

La malade étant dans la position décline extemporanée on inspecte la cavité pelvienne. Un paquet d'intestins grêle est adhérent au niveau du pubis et de la vessie.

La surface des anses intestinales est rouge, parsemée de granulations blanches de péritonite chronique. Il n'y a aucune tumeur abdominale.

Le cul-de-sac de Douglas est presque complètement oblitéré par des adhérences où s'enfoncent des brides

épiploïques. On peut à peine introduire le doigt entre l'utérus et le rectum ; une de ces brides est très indurée et épaissie ; on l'excise entre deux ligatures de catgut.

Le long des gros vaisseaux et de l'uretère du côté droit, il existe une sorte d'infiltration plastique de nature indéterminée. On résèque encore deux petites franges épiploïques d'apparence suspecte ; insérées sur la grande courbure de l'estomac elles paraissent être les seuls vestiges de la portion gauche du grand épiploon.

On introduit une mèche de gaze iodoformée et un gros tube dans le cul-de-sac rétréci, et on suture la plaie abdominale.

Le drainage est retiré au bout de 48 heures et remplacé pendant les quelques jours qui suivent par une simple mèche iodoformée.

Le vagin est bourré de gaze iodoformée.

Le suintement assez abondant les premiers jours diminue progressivement pour se tarir vers le dixième jour.

La malade, dont l'état général s'améliore se lève au bout de trois semaines et quitte l'Hôpital sans traces d'épanchement péritonéal cinq semaines après l'intervention opératoire.

OBSERVATION V

Service de M. Pozzi. — Tumeur maligne des ovaires avec métastase péritonéale. — Laparotomie exploratrice, drainage. — Amélioration sans reproduction de l'ascite (*in Thèse-Cazenave*, 1895).

Vanderm... 42 ans, entre à l'Hôpital Pascal le 10 juin 91. La mère serait morte hydropique après de nombreuses ponctions. Réglée à 16 ans, ses règles ont toujours été normales ; pas d'enfants ni de fausses couches.

Sa santé s'est maintenue excellente jusqu'à ces derniers mois. A ce moment la malade se plaint de douleurs abdominales plus marquées du côté droit. — Vives et lancinantes au début. — Aujourd'hui surtout sensation de pesanteur et tiraillements, Depuis la même époque le ventre a augmenté de volume, et le développement en a été si rapide que son médecin, pour obvier à des phénomènes de gêne, a dû faire une ponction qui a donné issue à 7 ou 8 litres de liquide. Bien qu'il n'y ait que trois semaines, que la ponction a été faite, le ventre est, au moment de l'entrée, très développé et très tendu. — L'ascite est considérable. On constate de l'œdème des jambes, des parois abdominales et des grandes lèvres. — La respi-

ration est gênée, la constipation opiniâtre, la miction difficile.

Examen. — Le toucher montre les culs-de-sacs effacés : à droite il existe une tumeur dure, volumineuse, immobile, repoussant les parties latérales et postérieures du vagin. L'ascite s'oppose à sa délimitation par le palper abdominal.

On fait le diagnostic de tumeur maligne de l'ovaire.

Laparatomie le 20 juin. La paroi est infiltrée de telle sorte qu'il est impossible de trouver la ligne blanche, on ponctionne le péritoine avec la pointe du bistouri ; on obtient ainsi l'écoulement lent de quinze litres de liquide ascitique. On agrandit l'incision péritonéale. M. Pozzi, explorant la cavité abdominale, tombe sur une tumeur lardacée et irrégulière en avant, surmontée en arrière de trois points kystiques. La surface de ces kystes est par endroits irrégulière et épaissie.

Le péritoine pariétal est celui qui recouvre le cœcum, l'appendice cœcal, et l'S iliaque sont parsemés de granulations plus ou moins développées et de consistance variable.

Ces granulations se trouvent encore à la partie supérieure de l'abdomen dans la région sus-ombilicale, sur l'épiploon. Ce repli est très altéré au niveau du meso-côlon transverse où on sent une tumeur allongée de droite à gauche en forme de boudin.

Il semble qu'on se trouve devant un cancer des

ovaires avec généralisation au péritoine pelvien et iliaque, et une tumeur métastatique du grand épiploon.

M. Pozzi ne juge pas nécessaire d'agrandir l'incision, et après une évacuation aussi complète que possible de l'ascite on referme le ventre.

On a mis au préalable une mèche de gaze iodoformée sortant par la partie inférieure de la plaie.

Suites opér. 21 juin. — Suintement peu abondant, on raccourcit la mèche de moitié. L'état général et local est bon.

22 juin. — On remplace la mèche par un drain de calibre moyen de 8 centimètres de long ; le suintement persiste.

23 juin. — Pansements quotidiens suivis. L'écoulement du liquide ascitique diminue progressivement.

L'état général s'améliore d'une façon remarquable.

L'œdème a tout à fait disparu. L'appétit revient, et la malade s'alimente parfaitement : elle quitte le service très bien portante au bout de un mois, sans reproduction d'ascite.

Nous croyons intéressant de faire remarquer dans cette observation.

1° L'existence d'antécédents héréditaires, puisque, au dire de la malade, sa mère aurait succombé à une affection abdominale ayant donné lieu à la production d'ascite.

2° La gravité de l'affection due surtout à la métastase péritonéale étendue au péritoine pelvien et au grand épiploon.

3° L'abondance de l'ascite qui devait avoir profondément modifié la séreuse péritonéale et permettait, en raison même de cet état, de craindre la reproduction immédiate de l'épanchement, qui cependant n'a pas reparu.

4° La disparition rapide, à la suite de l'opération, de l'œdème et des symptômes généraux faisant craindre une cachexie incurable.

OBSERVATION VI

Service du Dr Pozzi, M. Tr. — Tumeur papillaire de l'ovaire métastase péritonéale multiple. Evolution maligne. Laparatomie exploratrice. Mort. (*In Thèse Cazenave 1895. Paris*).

Réglée à 11 ans, régulièrement dès le début. Grossesse à 20 ans terminée par un accouchement à terme. En 1878, elle eut une pelvipéritonite dont elle guérit après de longs mois, en conservant une leuchorrhée abondante.

Ménaupause, il y a deux ans. Un an après, elle tombe malade et se présente à l'hôpital où on ne peut la recevoir. Elle devait se présenter à la prochaine

consultation, mais ne revint pas. Quelques jours après, elle est prise de phénomènes de pelvipéritonite, avec fièvre, ventre ballonné et douloureux. Au bout de deux mois, son état s'améliore et elle peut reprendre ses occupations journalières.

La santé reste plutôt satisfaisante jusqu'à un mois avant son entrée à l'hôpital. Actuellement, la malade présente tous les signes d'une cachexie avancée ; les téguments sont décolorés, la flaccité de la peau indique un amaigrissement rapide et accentué. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème très prononcé. Le ventre est globuleux et distendu fortement par l'ascite et du tympanisme intestinal. On pratique une ponction pour soulager la malade qui est très oppressée. La parésie intestinale est si marquée qu'on est obligé de faire la ponction au niveau de l'épine iliaque. On retire ainsi 10 litres de liquide transparent et de couleur citrine. La malade est soulagée, mais l'ascite se reproduit rapidement, et l'état général déjà précaire s'aggrave de plus en plus.

Opération. 3 mai. — L'incision du péritoine laisse écouler 4 litres $1/2$ de liquide sanguinolent. — La main introduite par la plaie abdominale tombe sur des masses dures recouvertes de végétations papillaires, occupant toute la partie inférieure de l'abdomen et ayant contracté des adhérences avec la paroi et une anse intestinale. Il devient évident qu'on ne peut songer à l'extirper.

On explore ensuite la région péri-ombilicale et on tombe sur une grosse masse végétante développée dans le grand épiploon épaissi, rétracté et dégénéré.

Monsieur Pozzi enlève cette masse en la détachant à petits coups de ciseaux du colon qui lui adhère intimement. Cette décortication fut laborieuse, mais on put néanmoins enlever cette masse dégénérée.

On place ensuite plusieurs mèches de gage iodoformée entourant un gros tube en caoutchouc, pour favoriser l'écoulement de la sécrétion péritonéale.

La malade succombe trois jours après, mais sans traces de reproductions précoces d'ascite.

Bien que l'issue de cette opération ait été fatale, nous ferons observer cependant que la malade a succombé aux progrès de sa cachexie. La tumeur avait subi une dégénérescence carcinomateuse. Mais toutefois il n'y avait pas eu récurrence d'ascite.

OBSERVATION VII

(In Bulletin de Société chirurgie 1885.)

M. le Dr Nicaise relate l'observation d'une malade qui fut ponctionnée 24 fois consécutivement et sans résultat, l'ascite se reproduisant chaque fois avec rapidité.

L'opération fut pratique dans les conditions que nous avons indiquée et la malade ne vit l'ascite se reproduire, en minime quantité que 5 mois après l'intervention. Une ponction fut faite alors et ne fut suivie de reproduction d'épanchement que trois mois après.

Ce résultat est remarquable en l'espèce, puisque, en quelques mois à peine, vingt-quatre ponctions s'étaient montrées nécessaires et n'avaient produit aucune amélioration même passagère.

OBSERVATION VIII et IX

Dans le (*American Journal of. obstétric*), de New-York. vol. XX. Mundé relate deux cas de laparatomie exploratrice pour kyste papillaire de l'ovaire et qui furent suivis de guérison sans reproduction d'ascite.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront donc les suivantes :

1° L'incision exploratrice et évacuatrice est une bonne opération, à laquelle on devra recourir dans tous les cas de tumeur pelvienne ayant occasionné de l'ascite.

2° L'ascite symptomatique comporte un pronostic plutôt grave, mais il importe de ne pas abandonner la maladie à son évolution qui est fatale à bref délai : le traitement s'impose.

3° La ponction sera absolument et dans tous les cas rejetée comme procédé thérapeutique : ses résultats sont négatifs, puisqu'il y a reproduction immédiate de l'épanchement ; en outre, elle peut parfois donner lieu à des complications mortelles : la péritonite et l'hémorrhagie interne.

4° L'incision exploratrice suivie de drainage est la seule opération rationnelle ; la présence

pendant 24 heures du drain mixte dans la cavité péritonéale suffit à s'opposer à la reproduction précoce de l'épanchement et à amener dans certains cas une amélioration durable de l'état général.

Vu par le Président de la thèse,

Vu, le doyen ; PAUL BERGER.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

